

KEMATIAN MATERNAL DAN PELAYANAN KESEHATAN, SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA, 1994

L. Ratna Budiarmo*, Titiek Setyowati* dan Agustina Lubis*

Budal

ABSTRACT

MATERNAL MORTALITY AND HEALTH SERVICES, DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY - 1994

In the Demographic and Health Survey, the life and pregnancy histories of adult sisters were collected from respondents, and the sisterhood method was used to estimate the life time risks and maternal mortality ratios, referring to the time period of 12 years before the survey.

Maternal mortality level in Indonesia is found to be high as compared to other ASEAN countries. Although the family planning programme has managed to control population fertility, but the maternal mortality ratio as well as the life time risk of maternal deaths have not declined. Maternal mortality level in the Outer Java-Bali region is higher than in Java-Bali region.

Maternal health programmes have been improved and the provision of health care services are located closer to the community, so that emergency cases have better access for health care. Among eligible women, 85-95% have access to the nearest health center or village health post within less than 1 hour traveling time, and 65-55% have access to the nearest hospital or maternity hospital within less than 1 hour traveling time.

In 1993, 97% of hospitals and 56% of health centers reported that they have assisted deliveries in the last one year period, and 73% of hospitals have ever performed Cesarean section in 1993. In general every midwife has assisted 40 deliveries in the last 6 months period.

Complications were reported by 28% delivering mothers in the last five years period. The major cause of complication was prolonged labour.

* Pusa: Penelitian Ekologi Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI.

PENDAHULUAN

Latar belakang masalah

Kematian maternal pada saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang sangat penting. Tingginya angka kematian maternal mempunyai dampak yang besar terhadap kehidupan keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu angka kematian maternal dapat digunakan sebagai salah satu indikator kesejahteraan masyarakat, khususnya indikator kesehatan ibu.

Berdasarkan data yang ada pada tahun 1983 di seluruh dunia tiap tahun diperkirakan 500.000 ibu meninggal dalam masa kehamilan atau persalinannya, di antaranya 99% terjadi di negara berkembang. Angka kematian maternal di negara maju adalah 5 - 30 per 100.000 kelahiran hidup (KH), sedangkan di negara berkembang adalah 50 - 800 per 100.000 KH. Angka kematian maternal di negara berkembang adalah 100-200 kali lebih besar daripada di negara maju, sedangkan perbedaan angka kematian bayi adalah lebih kecil, yakni hanya 10 kali lebih besar daripada di negara maju. Risiko kematian seorang wanita selama hidupnya, yang disebabkan kehamilan atau persalinan, adalah 1 per 14-50 di negara berkembang, sedangkan di negara maju hanya 1 per 4.000 - 10.000¹.

Tingginya angka kematian maternal, khususnya di negara berkembang, telah menarik perhatian beberapa organisasi internasional, pemerintah dan organisasi profesi terhadap tragedi yang terabaikan ini (*neglected tragedy*). Berbagai upaya untuk menurunkan angka kematian maternal atau upaya meningkatkan

kesejahteraan ibu (*safe motherhood*) telah dibahas pada Konferensi Tingkat Tinggi Internasional di Nairobi, Kenya tahun 1987. Sebagai tindak lanjut dari konferensi tersebut, maka upaya meningkatkan kesejahteraan ibu di Indonesia telah menjadi komitmen nasional. Sejak tahun 1988, Departemen Kesehatan telah mengembangkan komponen kegiatan antenatal dan pengelolaan kasus obstetri di samping memberikan dukungan pada komponen pelayanan keluarga berencana dan peningkatan status wanita.

Program kesehatan ibu telah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin, dengan pengadaan sarana pelayanan dan tenaga bidan yang terjangkau dan merata. Tetapi rasio kematian maternal di Indonesia cenderung tidak banyak berubah selama kurun waktu 6 tahun yaitu dari 450 per 100.000 kelahiran hidup (SKRT 1986)², menjadi 455 per 100.000 kelahiran hidup (SKRT, 1992)³. Dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya rasio kematian maternal di Indonesia masih tinggi (Tabel 1)⁴.

Tabel 1. Rasio Kematian Maternal di negara-negara ASEAN, tahun 1992.

Negara	Kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup
Malaysia	
Peninsular	20
Sabah	10
Sarawak	20
Singapore	4
Thailand	14,2
Indonesia	455

Rasio kematian maternal mencerminkan besarnya risiko kematian dari suatu kehamilan. Sedangkan rate kematian maternal mencerminkan besarnya kemungkinan untuk menjadi hamil dan besarnya risiko kematian bila hamil. Program keluarga berencana hanya dapat mengurangi jumlah kematian maternal, tetapi tidak mengurangi risiko kematian akibat kehamilan dan persalinan⁵. Rasio kematian maternal lebih banyak dipengaruhi oleh cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil serta pertolongan ibu bersalin dan nifas (*obstetric care*).

Dengan dilakukannya analisis kematian maternal dan pelayanan kesehatan diharapkan bisa mendapatkan masukan untuk perumusan kebijakan program yang lebih terarah.

Tujuan analisis

Tujuan analisis ini yaitu untuk meneliti tingkat kematian maternal dalam hubungannya dengan pengadaan dan jangkauan sarana pelayanan kesehatan maternal, di wilayah Jawa-Bali dan luar Jawa-Bali.

BAHAN DAN CARA

Sumber data untuk analisis ini adalah hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994 (SDKI-94). Responden terdiri dari wanita usia subur (WUS) yang pernah menikah (*eligible respondents*) dari 27 propinsi⁶.

Untuk mengetahui besarnya risiko kematian maternal, tingkat kematian maternal

diestimasi secara tidak langsung dengan menggunakan *Sisterhood method*. Dalam hal ini telah dikumpulkan data riwayat kelangsungan hidup saudara kandung wanita, meliputi jumlah saudara kandung yang masih hidup dan sudah meninggal. Di antara saudara kandung wanita yang sudah meninggal, ditanyakan apakah pernah menikah, bila pernah menikah ditanyakan apakah meninggalnya sedang hamil, bersalin atau dalam masa nifas. Kemudian angka risiko kematian maternal dikonversikan menjadi *rasio* kematian maternal menurut persamaan hitung sebagai berikut:

$$MMRasio = 1 - (1 - LTR)^{1/TFR}$$

MMR : Maternal Mortality Ratio

LTR : Live Time Risk of maternal death

TFR : Total Fertility Rate

Informasi mengenai "pengadaan sarana pelayanan kesehatan" dikumpulkan dari setiap wilayah tempat tinggal responden. Responden terdiri dari 2 kelompok; *pertama* adalah sekelompok penduduk di wilayah terpilih yang mengetahui tentang sarana pelayanan kesehatan maternal (kepala desa, ketua RT/RW, pemuka masyarakat, guru dan wanita pernah kawin umur 15-49 tahun). *Kedua* adalah penanggungjawab atau seorang yang mengetahui serta dapat memberikan keterangan mengenai sarana pelayanan kesehatan maternal yang bersangkutan.

KETERBATASAN

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia mempunyai keterbatasan, bahwa kasus kematian maternal yang dikumpulkan adalah

dari saudara kandung responden, dengan latar-belakang yang tidak sama dengan responden, sedangkan latar-belakang serta riwayat kehamilan dan persalinan dari saudara kandung tidak ditanyakan. Maka analisis ini tidak dapat dilakukan menurut individu, tetapi terbatas pada angka (risiko dan rasio) kematian maternal menurut wilayah Jawa-Bali dan luar Jawa-Bali.

Riwayat kematian maternal yang dikumpulkan meliputi kurun waktu yang panjang (lebih dari 10 tahun), maka tidak dapat dihindarkan kemungkinan responden memberi jawaban yang kurang tepat mengenai jumlah yang meninggal, maupun status perkawinan almarhumah serta sebab kematiannya.

Angka kematian maternal yang dihasilkan dengan cara *sisterhood method* merupakan estimasi pada kurun waktu 12 tahun yang lalu. Sedangkan data mengenai jangkauan sarana pelayanan kesehatan ibu ialah dari tahun 1994 (hasil survei 1994)⁶. Walaupun demikian keterangan tersebut masih dapat digunakan untuk memberikan gambaran dan perbandingan tentang jangkauan sarana pelayanan kesehatan ibu di Jawa-Bali dan di luar Jawa-Bali.

Keterangan mengenai komplikasi waktu hamil dan bersalin yang disajikan bukan dari saudara kandung yang meninggal, melainkan dari pengalaman responden yang melahirkan dalam 5 tahun terakhir sebelum survei (1990-1994), karena komplikasi dari saudara

kandung yang meninggal sulit dan tidak dapat dikumpulkan.

HASIL

Kematian maternal

Dalam survei ini telah berhasil diwawancarai 32.758 wanita golongan umur 15-49 tahun, dan tercatat 43.694 saudara kandung wanita yang pernah kawin, dengan rata-rata setiap responden mempunyai 1,3 saudara kandung wanita pernah kawin. Pada responden golongan umur di bawah 20 tahun, rata-rata setiap responden mempunyai kurang dari 1 saudara kandung wanita yang pernah kawin, maka untuk menghitung jumlah saudara kandung wanita pernah kawin yang terpapar pada risiko kematian maternal diadakan modifikasi, disesuaikan dengan jumlah rata-rata saudara kandung wanita pernah kawin dari responden golongan umur 25-49 tahun (Tabel 2).

Di antara saudara kandung wanita pernah kawin, 1482 (3,4%) orang sudah meninggal. Jumlah kematian maternal (waktu hamil, bersalin atau dalam masa nifas) adalah 367 orang atau 24,8% dari kematian tersebut di atas terjadi pada waktu hamil, bersalin dan dalam masa nifas. Proporsi kematian maternal di wilayah luar Jawa-Bali tampak lebih tinggi (28,1%) daripada di wilayah Jawa-Bali (22,4%).

Tabel 2. Rata-rata Saudara Kandung Wanita Pernah Kawin Per Responden dan Proporsi Kematian Maternal, SDKI 1994.

Golongan umur responden	Jumlah Responden	Jumlah saudara wanita pernah kawin	Rata-rata saudara wanita pernah kawin per responden	Jumlah kematian saudara wanita pernah kawin	% kematian saudara wanita pernah kawin	Jumlah kematian maternal	% kematian maternal
INDONESIA							
15-19	2042	1188	0,6	14	1,2	6	42,9
20-24	5179	5095	1,0	94	1,8	27	28,7
25-29	6006	7843	1,3	144	1,8	43	29,9
30-34	6035	9416	1,6	268	2,8	79	29,5
35-39	5384	8627	1,6	264	3,1	84	31,8
40-44	4345	6579	1,5	297	4,5	61	20,5
45-49	3767	4946	1,3	401	8,1	67	16,7
Jumlah	32758	43694	1,3	1482	3,4	367	24,8
JAWA-BALI							
15-19	1457	866	0,6	8	0,9	4	50,0
20-24	3378	3420	1,0	65	1,9	16	24,6
25-29	3775	4914	1,3	90	1,8	24	26,7
30-34	3848	5982	1,6	169	2,8	39	23,1
35-39	3404	5431	1,6	131	2,4	38	29,0
40-44	2785	4111	1,5	154	3,7	31	20,1
45-49	2300	2953	1,3	257	8,7	44	17,1
Jumlah	20947	27677	1,3	874	3,2	196	22,4
LUAR JAWA-BALI							
15-19	585	322	0,6	6	1,9	2	33,3
20-24	1801	1675	0,9	29	1,7	11	37,9
25-29	2231	2929	1,3	54	1,8	19	35,2
30-34	2187	3434	1,6	99	2,9	40	40,4
35-39	1980	3196	1,6	133	4,2	46	34,6
40-44	1560	2468	1,6	143	5,8	30	21,0
45-49	1467	1993	1,4	144	7,2	23	16,0
Jumlah	1811	16017	1,4	608	3,8	171	28,1

Dengan *Sisterhood method*, risiko kematian maternal selama hidup (*Life time risk of maternal death* = LTR) dihitung secara agregat. Berdasarkan informasi dari responden golongan umur 15-49 tahun, diperoleh estimasi risiko kematian maternal yang merujuk pada kurun waktu 6-12 tahun sebelum survei (1982-1988), yakni sebesar 0,0148 atau 1 dari 67 WUS

selama hidupnya mempunyai risiko meninggal akibat maternal, yang merujuk pada periode sekitar 12 tahun sebelum survei atau sekitar tahun 1982. Risiko kematian maternal di wilayah Jawa-Bali lebih rendah daripada di wilayah Luar Jawa-Bali, 0,0127 atau 1 dari 79 WUS dibandingkan 0,0184 atau 1 dari 54 WUS (Tabel 3).

Tabel 3. Tingkat Kematian Maternal (1982-88), SDKI 1994.
(Informasi Responden Golongan Umur 15-49 Tahun).

Golongan umur responden	Tahun	Risiko kematian maternal	Satu per sekian WUS	TFR	MM Ratio per 100.000 kelahiran hidup
INDONESIA	1982	0,0148	67	4,3678	341
	1983	0,0148	68	4,2195	352
	1984	0,0159	63	4,0764	392
	1985	0,0166	60	3,9380	425
	1986	0,0166	60	3,6756	455
	1987	0,0175	57	3,6756	480
	1988	0,0187	53	3,5506	532
JAWA-BALI	1982	0,0127	79	3,4440	369
	1983	0,0118	84	3,2452	366
	1984	0,0127	79	3,0578	417
	1985	0,0140	71	2,8813	488
	1986	0,0151	66	2,5582	591
	1987	0,0162	62	2,5582	635
	1988	0,0177	57	2,4105	737
LUAR JAWA-BALI	1982	0,0184	54	4,6233	402
	1983	0,0198	51	4,4291	450
	1984	0,0215	47	4,2431	510
	1985	0,0213	47	4,0649	529
	1986	0,0194	52	3,8942	502
	1987	0,0202	50	3,7306	544
	1988	0,0215	47	3,5739	606

Apabila data riwayat saudara kandung wanita dari responden golongan umur di bawah 25 tahun yang mengalami modifikasi tidak dimasukkan dalam perhitungan, jadi hanya berdasarkan informasi dari responden golongan umur 25-49 tahun, maka diperoleh estimasi yang merujuk pada kurun waktu 8-12 tahun (1982-1986), yakni sebesar 0,0146 atau 1 dari

69 WUS selama hidupnya mempunyai risiko meninggal akibat maternal, yang merujuk pada periode sekitar 12,6 tahun sebelum survei atau sekitar tahun 1981. Risiko kematian maternal di wilayah Jawa-Bali lebih rendah dari pada di wilayah Luar Jawa-Bali, 0,0123 atau 1 dari 81 WUS dibandingkan 0,0183 atau 1 dari 55 WUS (Tabel 4).

Tabel 4. Tingkat Kematian Maternal (1981-86), SDKI 1994.
(Berdasarkan Responden Golongan Umur 25-49 Tahun).

	Tahun	Risiko kematian maternal	Satu per sekian WUS	TFR	MM Ratio per 100.000 kelahiran hidup
INDONESIA	1981	,00146	69	4,5212	325
	1983	0,0145	69	4,2195	345
	1984	0,0157	64	4,0764	386
	1985	0,0164	61	3,9380	420
	1986	0,0160	63	3,8044	423
JAWA-BALI	1981	0,0123	81	3,6550	339
	1983	0,0114	88	3,2452	352
	1984	0,0122	82	3,0578	400
	1985	0,0134	75	2,8813	468
	1986	0,0142	70	2,7149	527
LUAR JAWA-BALI	1981	0,0183	55	4,8259	382
	1983	0,0198	51	4,4291	449
	1984	0,0216	46	4,2431	514
	1985	0,0216	46	4,0649	536
	1986	0,0189	53	3,8942	489

Secara umum risiko kematian maternal tidak mengalami banyak perubahan. Estimasi angka risiko dan rasio kematian maternal, berdasarkan informasi dari responden golongan umur 25-49 tahun (Tabel 4), memberi hasil sedikit lebih rendah daripada yang berdasarkan informasi responden golongan umur 15-49 tahun (Tabel 3).

Angka fertilitas total (TFR) pada tahun yang bersangkutan, dihitung secara eksponensial dari TFR 4,68 (Sensus Penduduk 1980) dan 3,31 (Sensus Penduduk 1990). Kemudian rasio kematian maternal dihitung dengan memasukkan nilai TFR dari tahun yang bersangkutan. Estimasi rasio kematian maternal ialah 341 per 100.000 kelahiran hidup (informasi responden golongan umur 15-49 tahun), atau 325 per 100.000 kelahiran hidup (informasi responden golongan umur 25-49 tahun), yang merujuk pada 12 tahun sebelum survei (tahun 1982). Di wilayah Jawa-Bali dengan TFR lebih rendah dari pada di wilayah luar Jawa-Bali, menunjukkan rasio kematian maternal di Jawa-Bali 369 per 100.000 kelahiran hidup yang sedikit lebih rendah dari pada di luar Jawa-Bali 402 per 100.000 kelahiran hidup (Tabel 3). Berdasarkan informasi dari responden golongan umur 25-49 tahun, rasio kematian maternal di wilayah Jawa-Bali sedikit lebih rendah dari pada luar Jawa-Bali (Tabel 4).

Pelayanan kesehatan maternal

Sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit, rumah bersalin, Puskesmas dan Polindes) dan tenaga (dokter, bidan, bidan desa dan dukun bayi) yang biasa melayani pemeriksaan ibu hamil dan menolong ibu bersalin, sudah tersedia di setiap kecamatan dengan jarak dan waktu tempuh yang bervariasi.

Di wilayah Jawa-Bali 45% tempat tinggal WUS berlokasi pada jarak ≥ 15 Km dari rumah sakit, dan 29% tempat tinggal WUS berlokasi pada jarak ≥ 15 Km dari rumah bersalin. Walaupun demikian hanya 35% WUS yang memerlukan waktu tempuh ≥ 1 jam untuk mencapai rumah sakit, dan 24% WUS yang memerlukan waktu tempuh ≥ 1 jam untuk mencapai rumah bersalin. Jangkauan WUS ke Puskesmas dan Polindes adalah lebih mudah daripada ke rumah sakit atau rumah bersalin, lebih dari 75% WUS tinggal dalam radius kurang dari 5 Km, dan $\pm 80\%$ WUS memerlukan waktu tempuh kurang dari 30 menit. Demikian pula jarak dan waktu tempuh yang diperlukan untuk mencapai praktek dokter dan bidan (Tabel 5).

Di wilayah Luar Jawa-Bali lebih dari 50% WUS tinggal pada jarak lebih dari 15 Km dari rumah sakit atau rumah bersalin, dan $\pm 45\%$ WUS memerlukan waktu lebih dari 1 jam untuk mencapai sarana tersebut. Tetapi distribusi Puskesmas dan Polindes sudah lebih luas, $\pm 56\%$ WUS tinggal dalam radius kurang dari 5 Km ke Puskesmas dan 58% WUS dapat mencapainya dalam waktu kurang dari 15 menit, $\pm 72\%$ WUS tinggal dalam radius kurang dari 5 Km ke Polindes dan 72% WUS dapat mencapainya dalam waktu kurang dari 15 menit. Jangkauan ke praktek dokter dan bidan, $\pm 50\%$ WUS tinggal dalam jarak kurang dari 5 Km dan $\pm 50\%$ WUS memerlukan waktu kurang dari 15 menit untuk mencapainya.

Dukun bayi tampaknya tersebar lebih merata, 93% WUS di Jawa-Bali maupun luar Jawa-Bali tinggal dalam jarak kurang dari 1 Km. Di Jawa-Bali 95% WUS dapat mencapai dukun bayi dalam waktu kurang dari 15 menit, tetapi di luar Jawa-Bali hanya 42% WUS yang dapat mencapainya dalam waktu kurang dari 15 menit, sedangkan sekitar 47% WUS masih memerlukan waktu 30 menit atau lebih untuk mencapai dukun bayi (Tabel 5).

Tabel 5. Persentase Wanita Usia Subur Menurut Jangkauan (Jarak dan Waktu Tempuh) ke Sarana Pelayanan Kesehatan Ibu, SDKI 1994.

	Jarak (Kilometer)				Waktu tempuh (menit)			
	<1	1-4	5-14	15+	<15	15-29	30-59	60+
JAWA-BALI (n=17.503 WUS)								
Rumah Sakit Umum	13,5	11,6	30,2	44,6	25,2	13,8	25,6	35,4
Rumah Bersalin	22,7	19,2	28,9	29,2	41,6	12,2	22,6	23,6
Puskesmas	36,8	34,2	26,7	2,3	65,3	15,7	13,4	5,6
Polindes	60,8	17,3	15,5	6,4	75,2	6,0	11,3	7,5
Dokter Praktek	38,0	28,5	28,1	5,5	65,2	12,0	16,5	6,4
Bidan praktek	46,9	27,6	21,2	4,2	70,1	9,2	14,9	5,8
Bidan Desa	63,0	25,3	10,6	1,2	81,7	4,8	10,2	3,4
Dukun Bayi	93,4	5,6	1,0	0,0	95,1	1,6	2,5	0,8
LUAR JAWA-BALI (n=10.215 WUS)								
Rumah Sakit Umum	14,9	11,5	18,0	55,6	28,0	8,9	17,2	45,8
Rumah Bersalin	25,4	8,0	15,0	51,7	35,0	7,6	13,2	44,2
Puskesmas	34,4	22,0	30,2	13,4	57,9	12,2	15,4	14,5
Polindes	65,4	6,3	9,8	18,5	71,5	5,1	6,8	16,5
Dokter Praktek	33,2	14,9	22,9	29,0	50,2	10,4	15,9	23,6
Bidan praktek	40,0	12,5	18,2	29,3	53,5	8,5	12,4	25,6
Bidan Desa	63,9	13,6	11,8	10,7	75,1	5,5	8,5	10,9
Dukun Bayi	93,3	3,9	1,5	1,4	42,0	11,4	18,1	28,5

Kemampuan Pelayanan Kesehatan Maternal

Sarana dan tenaga kesehatan yang ada, ternyata tidak semuanya dapat memberikan pertolongan persalinan. Rumah sakit sebagian besar (97%) melayani pertolongan persalinan, baik di Jawa-Bali maupun di luar Jawa-Bali, dengan rata-rata median 495 kasus di Jawa-Bali dan 231 kasus di luar Jawa-Bali dalam tahun 1993. Puskesmas yang memberikan pertolongan persalinan adalah 56%, proporsi ini lebih tinggi di luar Jawa-Bali daripada di Jawa-Bali, tetapi rata-rata median jumlah

kasus yang dilayani di Jawa-Bali (85 kasus) adalah lebih tinggi daripada di luar Jawa-Bali (43 kasus). Peran praktek dokter yang memberi pertolongan persalinan hanya 26% (Tabel 6).

Operasi gawat kebidanan dilakukan oleh 73% rumah sakit, yakni 83% rumah sakit di Jawa-Bali dan 66% rumah sakit di luar Jawa-Bali. Jumlah rata-rata kasus per rumah sakit yang dilayani dalam tahun 1993 ialah 68 kasus di Jawa-Bali dan 30 kasus di luar Jawa-Bali.

Tabel 6. Sarana dan Pelayanan Kesehatan Maternal.

	Jawa-Bali	Luar Jawa-Bali	Nasional
Pertolongan persalinan			
Rumah Sakit Umum	96,3%	97,6%	97,0%
Puskesmas	42,5%	63,0%	56,3%
Dokter praktek	20,2%	29,7%	26,0%
Operasi gawat kebidanan			
Rumah Sakit Umum	82,9%	66,1%	73,3%
Penyediaan Ambulans			
Rumah Sakit Umum	98,9%	97,6%	98,2%
Puskesmas	67,9%	68,1%	68,0%
Rata-rata persalinan/ 6 bulan			
Bidan	45,1 kasus	36,1 kasus	39,9 kasus
Puskesmas	29,1 kasus	32,4 kasus	31,7 kasus

Sarana angkutan atau ambulans untuk merujuk kasus patologis tersedia pada 68% Puskesmas dan 98% rumah sakit.

Rata-rata tiap bidan menolong 40 kasus persalinan dalam 6 bulan. Di Jawa-Bali tiap bidan rata-rata menolong 45 kasus persalinan dalam 6 bulan, dibandingkan di luar Jawa-Bali hanya 36 kasus persalinan (Tabel 6). Dalam kurun waktu 6 bulan, rata-rata ibu bersalin di tiap Puskesmas ialah 32 kasus, di luar Jawa-Bali sedikit lebih tinggi daripada di Jawa-Bali. Cakupan ibu hamil yang memeriksakan kesehatannya dalam 5 tahun terakhir adalah 82%, proporsi tersebut sedikit lebih tinggi di Jawa-Bali daripada di luar Jawa-Bali. Persalinan yang ditolong dokter atau bidan 36%, dengan proporsi sedikit lebih tinggi di luar Jawa-Bali daripada di Jawa-Bali (Tabel 7).

Komplikasi Ibu hamil dan bersalin

Di antara ibu yang melahirkan bayi hidup (tidak termasuk lahir mati dan yang ibunya

meninggal) 27,6% mengalami komplikasi, di antaranya 22,3% menderita partus lama. Proporsi ibu bersalin yang mengalami komplikasi di wilayah luar Jawa-Bali 30,8% lebih besar dari pada di Jawa-Bali 17,8% (Tabel 8).

PEMBAHASAN

Di Indonesia, sistem registrasi vital secara umum belum berjalan dengan semestinya, dan perkiraan angka kematian maternal dari hasil survei masih mengalami underestimasi. Keadaan ini tidak berbeda dari negara berkembang lainnya, bahwa tingkat underestimasi angka kematian maternal sekitar 70 % dibandingkan dengan negara maju⁷. Walaupun angka tersebut masih *underestimasi*, masih dapat digunakan untuk mengadakan perbandingan antara wilayah Jawa-Bali dan luar Jawa-Bali, dan antara beberapa propinsi.

Tabel 7. Cakupan pelayanan kesehatan maternal di Jawa-Bali dan Luar Jawa-Bali.

	Jawa-Bali	Luar Jawa-Bali	Nasional
Pemeriksaan kehamilan	86,3%	77,0%	82,3%
Bersalin ditolong dokter/bidan	34,1%	39,4%	36,5%
Bersalin di RS, RB & Puskesmas	25,3%	19,6%	22,9%
Fertilitas Total	2,6	3,3	2,9
Rata-rata jumlah anak pernah lahir per wanita pada umur 40-49 tahun	4,5	5,1-5,3	4,8

Tabel 8. Komplikasi Ibu hamil, SDKI 1994.

Gejala Komplikasi	Jawa-Bali	Luar Jawa-Bali	Nasional
	%	%	%
DENGAN KOMPLIKASI*	17,8	30,8	27,6
Partus lama	13,5	25,2	22,3
Perdarahan	6,5	8,9	8,3
Infeksi jalan lahir	2,8	6,0	5,2
Kejang-kejang	1,3	3,0	2,6

* satu kasus bisa mempunyai lebih dari satu gejala.

Membandingkan rasio kematian maternal dari SKRT 1986 dan 1992 (450 dan 455 per 100.000 kelahiran hidup), tidak jauh berbeda dengan hasil estimasi untuk kurun waktu tersebut (Tabel 3 dan 4).

Rasio kematian maternal sangat sensitif terhadap perubahan angka fertilitas total (TFR), sedikit perubahan pada TFR akan mengakibatkan perubahan yang sangat berarti pada rasio kematian maternal^{8,9}. Dari hasil survei ini, didapati bahwa dengan menurunnya TFR, rasio

kematian maternal belum menurun atau sedikit meningkat (Tabel 3 dan 4). Karena rasio kematian maternal mengukur risiko suatu kehamilan (obstetric risk), dan kurang dipengaruhi oleh keberhasilan program keluarga berencana. Berarti rasio kematian maternal hanya dapat diturunkan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin (*obstetric care*)¹⁰.

Cakupan pemeriksaan kesehatan ibu hamil pada tahun 1980 (Survei Kesehatan Rumah

Tangga 1980) kurang dari 50%, pada tahun 1992 (Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992) telah meningkat menjadi sekitar 80%, namun angka kematian maternal masih tetap tinggi. Meskipun kelainan atau keadaan patologis ibu hamil/ bersalin sudah terdeteksi pada waktu pemeriksaan kesehatan, tetapi ibu yang bersangkutan sering tidak melaksanakan rujukan yang dianjurkan. Di samping itu 15-20% kematian maternal, akibat komplikasi perdarahan, sepsis dan toxemia, terjadi tanpa diduga sebelumnya; berarti tidak terdeteksi pada waktu pemeriksaan kehamilan. Maka perhatian pertolongan persalinan tidak bisa hanya terbatas pada kasus risiko tinggi, karena persalinan normal pun dapat tiba-tiba menjadi gawat dan perlu dirujuk.

Angka kematian maternal di luar Jawa-Bali -- risiko maupun rasio kematian maternal -- dibandingkan di Jawa-Bali adalah lebih tinggi. Sebenarnya komplikasi kehamilan dan persalinan timbulnya merata pada semua golongan sosial-ekonomi dan daerah, tetapi angka kematian maternal dari golongan sosial-ekonomi rendah dan daerah pedesaan dapat lebih tinggi daripada golongan sosial-ekonomi tinggi dan daerah perkotaan, karena pelayanan kesehatan maternal yang tersedia masih kurang terjangkau oleh golongan sosial-ekonomi rendah dan daerah pedesaan¹¹.

Sebagian besar komplikasi ibu terjadi sekitar waktu melahirkan, dengan gejala perdarahan atau toxemia. Dari kasus komplikasi tersebut diperkirakan $\pm 10\%$ memerlukan tindakan vakum atau forseps dan $\pm 5\%$ membutuhkan seksio sesaria¹². Di Jawa-Bali 22-36% wilayah pemukiman berlokasi pada jarak $\geq 15\text{Km}$ atau 17-26% memerlukan waktu tempuh ≥ 60 menit untuk mencapai rumah sakit atau rumah bersalin; di luar Jawa-Bali

lebih dari 50% wilayah pemukiman berlokasi pada jarak $\geq 15\text{Km}$ atau 46% memerlukan waktu tempuh ≥ 60 menit untuk mencapai rumah sakit atau rumah bersalin. Puskesmas dan Polindes telah tersebar lebih merata dan lebih dekat dengan lokasi pemukiman, tetapi tenaga dan sarana yang tersedia belum siap untuk menolong kasus gawat kebidanan yang memerlukan tindakan vakum atau forseps -- bagian dari pelayanan obstetri emergensi dasar (POED).

Puskesmas dan Polindes, akan kehilangan kepercayaan dari masyarakat apabila tidak mampu mendeteksi dini kasus gawat kebidanan dan memberikan pertolongan atau pertolongan sementara. Beberapa kasus gawat kebidanan perlu segera dirujuk ke rumah sakit, dalam hal ini diperlukan angkutan berupa ambulans, dari survei ini tercatat hanya 68% Puskesmas mempunyai ambulans. Apakah kemungkinan 32% Puskesmas berlokasi di tempat yang tidak bisa dilalui kendaraan roda-empat.

Di rumah sakit dan rumah bersalin, untuk menanggulangi kasus rujukan yang dalam keadaan gawat, diperlukan dukungan tersedianya tenaga yang trampil dan mampu melaksanakan operasi gawat kebidanan. Di Jawa-Bali 83% rumah sakit yang pernah melakukan operasi gawat kebidanan dalam tahun 1993, dan di luar Jawa-Bali 66% rumah sakit yang pernah melakukan operasi tersebut. Rumah sakit yang tidak pernah melakukan operasi gawat kebidanan dalam tahun 1993, apakah disebabkan tidak adanya kasus dengan indikasi tersebut, atau karena tidak tersedia tenaga yang trampil dan mampu melaksanakan seksio sesaria sebagai bagian dari pelayanan obstetri emergensi komprehensif (POEK), serta belum tersedianya alat dan sarana untuk operasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Upaya keluarga berencana telah berhasil mengendalikan fertilitas, tetapi rasio dan risiko kematian maternal belum menurun. Karena cakupan/jangkauan tenaga dan sarana pelayanan -- yang dapat memberikan pertolongan kasus gawat ibu hamil/bersalin -- belum merata. Dalam upaya menurunkan angka kematian maternal:

- (1) Petugas yang bertanggung jawab dalam pelayanan ibu hamil dan bersalin di Puskesmas, perlu mendapatkan pelatihan agar mampu memberikan pelayanan obstetri emergensi dasar untuk menangani komplikasi, khususnya melakukan tindakan vakum dan forseps ekstraksi.
- (2) Pelayanan spesialis obstetri-ginekologi diperlukan di setiap rumah sakit kabupaten, untuk dapat memberikan pelayanan obstetri emergensi komprehensif, terutama melakukan seksio sesaria.
- (3) Fasilitas pelayanan POEK di rumah sakit harus dapat dijangkau dalam waktu kurang dari 60 menit.

DAFTAR RUJUKAN

1. Mahler, H. (1987). The Safe Motherhood Initiative: A call to action. *The Lancet*, vol. I: 668-674,
2. Budiarto, L. Ratna (1987). Pola Kematian. Prosiding Seminar Survei Kesehatan Rumah Tangga 1986. Jakarta 14-15 Desember 1987. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Halaman 151-167
3. Kosen, Soewarta (1985). Kematian Maternal dan Perinatal: Studi Prospektif Ibu Hamil, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992.

Dipresentasikan pada Seminar Mortalitas di Indonesia. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I., Jakarta 30 Maret 1995.

4. SEAMIC Health Statistics 1993. International Medical Foundation of Japan, pg. 71.
5. Maine, Deborah. Safe Motherhood programs: Options and Issues. Page 22.
6. Indonesia Demographic and Health Survey 1994. Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population/ National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health, Demographic and Health Surveys Macro International, October 1995.
7. Koenig, M.A. et al. Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: 1976-85. *Studies in Family Planning*, March/ April 1988, 19(2): 69-80.
8. Simons H., Wong L., Graham W and Schkolnik S. (1989). The sisterhood method to estimate maternal mortality: Application with special reference to Latin America. International Union Scientific Study of Population. General Conference, New Delhi.
9. Graham, Wendy and Pauline Airey (1987). Measuring maternal mortality: sense and sensitivity. *Health Policy and Planning*, 2(4): 323-333.
10. Fortney, Judith A. (1987). The importance of Family Planning in reducing Maternal Mortality. Commentary. *Studies in Family Planning* 18(2): 109-114.
11. Karim, Raj. Review of Research on Maternal Mortality in Southeast Asia. SEA/ACHR/18/8 SEARO, New Delhi, 20-24 April 1992.
12. Wiknjosastro, G.H. dan Affandi B. (1995). Upaya inovatif untuk menurunkan kematian ibu dan perinatal. Disajikan pada "Rapat Kerja Kesehatan Nasional" tanggal 5-9 Desember 1995.